



Everyday Eats Solicitud



Nombre del solicitante		Número de caso	
Número de teléfono		Condado	
Domicilio físico (calle, ciudad, código postal)			
Domicilio postal (calle, ciudad, código postal), en caso de ser diferente			
Fecha de nacimiento del solicitante		Cantidad de personas que viven en el hogar	
Nombres de los miembros del hogar que cumplen con los requisitos		Edad	Fecha de nacimiento
			Número de caso (Para uso exclusivo de la agencia)

DATOS RACIALES Y ÉTNICOS (OPCIONAL) Tenga en cuenta que si usted decide no revelar su raza y etnia, la agencia se las designará de acuerdo con lo que observe.

¿Es de origen hispano o latino? (Solamente para fines estadísticos) Sí NO

¿Cuál es su raza? (Seleccione una o más) Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático

Negro o afroamericano Hawaiano o isleño del Pacífico Blanco

Directrices 2023 sobre la elegibilidad por ingresos		
Tamaño del hogar	Ingresos mensuales del hogar	Ingreso anual del hogar
1	\$1,580	\$18,954
2	\$2,137	\$25,636
3	\$2,694	\$32,318
4	\$3,250	\$39,000
5	\$3,807	\$45,682
Por cada miembro adicional de la familia suma:	\$557	\$6,682

Indique la fuente y el importe de los ingresos del último mes antes de cualquier deducción, como impuestos y contribuciones de seguridad social. Debe incluir los ingresos de todos los miembros del hogar. Los «otros» ingresos incluyen comisiones, prestaciones por huelga, ingresos de fideicomisos, contribuciones de familiares, etc. Si los ingresos del último mes no representan los ingresos habituales del hogar, los ingresos mensuales pueden calcularse como el promedio de los ingresos del hogar durante los 12 meses anteriores.

Tipo de ingreso	Ingresos mensuales del hogar	Ingreso anual del hogar
Sueldos y salarios brutos		
Seguro Social		
Pensiones/Jubilación		
Ingresos provenientes del empleo por cuenta propia		
Desempleo		
Otros ingresos		
Total de ingresos del hogar		

Los participantes del programa deben reportar los cambios en los ingresos o en la composición del hogar dentro de los 10 días siguientes de que los sepan.

- ANTES DE FIRMAR, CONOZCA SUS DERECHOS Y LAS IMPLICACIONES DE FIRMAR:**
- ✓ Las normas de participación en el Programa son las mismas para todos, independientemente de raza, color, origen nacional, género, edad o discapacidad.
 - ✓ Usted puede apelar cualquier decisión que tome la agencia local en relación con la negación o terminación del Programa.

- ✓ Recibirá información sobre nutrición, salud y servicios sociales, y se le invitará a buscar la ayuda necesaria.
 ✓ Si su solicitud es aprobada, la agencia local pondrá a su disposición educación nutricional y se le invitará a participar.

Esta solicitud se llena para recibir ayuda federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información contenida en este formulario. Soy consciente de que hacer declaraciones falsas de forma deliberada puede hacerme sujeto de un proceso judicial en virtud de las leyes estatales y federales aplicables. También soy consciente de que no puedo recibir las prestaciones del CSFP en más de un centro del CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. He sido informado de mis derechos y obligaciones en el marco del Programa. Certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en esta solicitud a otras organizaciones que administren programas de asistencia pública para determinar si cumpla con los requisitos para participar y para fines de difusión de dichos programas. (Por favor indique su decisión marcando la casilla correspondiente).

Sí NO

Firma del solicitante	Fecha
Firma de certificación para la lista de espera	Fecha

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete [el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

* * * * * **PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA QUE CERTIFICA** * * * * *

He verificado lo siguiente respecto a cada solicitante:

Elija todas las que correspondan.

- Identificación (indique el tipo)
 Edad
 Lugar de residencia
 Miembros del hogar

El solicitante: Elegible No elegible

¿Hay cupos para aceptar casos? Sí No

Se entrega un aviso sin fecha al solicitante:

Periodo de certificación

Primer mes:

Último mes:

Firma y fecha del funcionario que certifica: